

RETOURE an TriMedicales GmbH

Hiermit sende/n ich/wir folgende Produkte zurück:

Präparat/Menge

Charge/Verfall

Kunden-Nr.

Retoure vereinbart mit

Herrn/Frau

Retoure vereinbart am

Grund für die Retoure

Ich erkläre hiermit, dass die zurückgesandte, verkehrsfähige Ware von TriMedicales GmbH bezogen wurde, nicht verändert (z.B. Aufkleber entfernt) oder umgepackt wurde, während der gesamten Zeit nach dem Bezug der Ware ordnungsgemäß gelagert wurde und unseren Verantwortungsbereich (i.a. den Kunden) nicht verlassen hat.

Datum

Unterschrift

Absender

PLZ/Ort

Straße

Telefon

E-mail

Absenderstempel